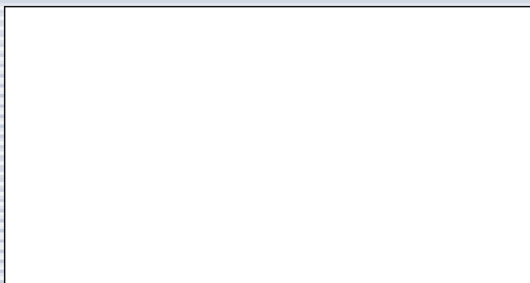
CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

De Citizens Commission on Human Rights (CCHR) werd in 1969 vanuit de Scientology Kerk opgericht met het doel om psychiatrische schendingen van mensenrechten te onderzoeken en aan de kaak te stellen en om het veld van de geestelijke gezondheidszorg op te schonen. Haar medeoprichter is Dr. Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie en internationaal bekend schrijver. CCHR heeft vandaag de dag meer dan 130 afdelingen in ruim 30 landen. Adviseurs, die Commissarissen genoemd worden, vormen de Adviesraad en deze bestaat uit artsen, advocaten, onderwijskundigen, artiesten, zakenmensen en vertegenwoordigers van burger- en mensenrechtenorganisaties.

CCHR heeft vele honderden hervormingen bewerkstelligd door te getuigen bij openbare hoorzittingen die over psychiatrische mishandelingen gehouden werden en door samen te werken met de media, wetsdienaren en overheidsfunctionarissen.

VOOR MEER INFORMATIE:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.
Los Angeles, CA, USA90028
Tel.: (323) 467-4242
(800) 869-2247 • Fax: (323) 467-3720
www.cchr.org
e-mail: humanrights@cchr.org



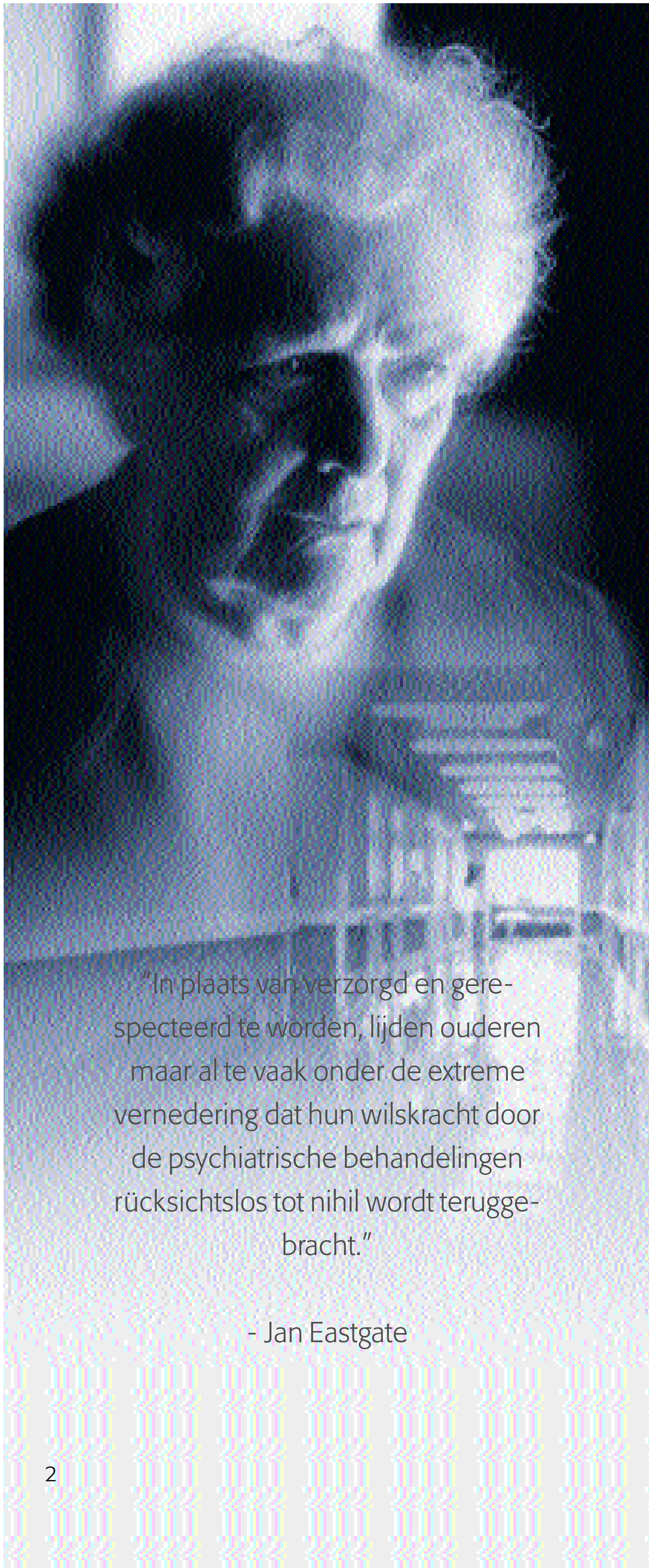


MISHANDELING VAN OUDEREN

WREDE PROGRAMMA'S IN DEGEESTELIJKEGEZONDHEIDSZORG



In het algemeen belang openbaar gemaakt door de Citizens Commission on Human Rights



"In plaats van verzorgd en gerespecteerd te worden, lijden ouderen maar al te vaak onder de extreme vernedering dat hun wilskracht door de psychiatrische behandelingen rücksichtslos tot nihil wordt teruggebracht."

- Jan Eastgate

INLEIDING
OUDEREN ALS SLACHTOFFER

In onze huidige wereld met steeds meer stress en weinig hulp, wordt traditie vaak vervangen door "modernere" manieren om met belangrijke problemen om te gaan. Bijvoorbeeld de zorg voor onze ouders en grootouders die vroeger werd uitgevoerd door de gemeenschap, kerk en familie, wordt nu overgelaten aan openbare instellingen zoals verzorgingstehuizen en bejaardentehuizen. We vertrouwen erop dat de professioneel getrainde staf voor onze ouders zal zorgen zoals wij dat zouden doen.

Ongetwijfeld gingen de vrouw en familie van de 67-jarige Pierre Charbonneau hier ook van uit, toen hij met spoed in een ziekenhuis werd opgenomen. Hij leed aan een ernstige angstaanval, volgens rapportages mogelijk gerelateerd aan de ziekte van Alzheimer. Omdat hij "acute onrust" vertoonde, kreeg Pierre een kalmerend middel voorgeschreven. Tien dagen later werd hij overgebracht naar een verpleegtehuis, waar de dosering van het medicijn onmiddellijk werd verdubbeld en na drie dagen verdrievoudigd. Kort daarna vond zijn vrouw Lucette hem dubbel gebogen over zijn rolstoel met zijn kin op zijn borst, zonder dat hij kon opstaan, hij kon alleen nog een paar theelepeltjes gepureerd voedsel doorslikken.

Een apotheker waarschuwde Lucette dat haar echtgenoot hoogstwaarschijnlijk leed aan een onomkeerbare beschadiging van het zenuwstelsel, als gevolg van een overdosis kalmerende middelen. De familie belde met het verpleeghuis en vroeg of het toedienen van de medicinale drugs kon worden gestopt. Het was te laat. De tong van de heer Charbonneau was blijvend verlamd, legde een dokter later uit, en hij zou nooit meer zelf kunnen slikken. Negen dagen later stierf de heer Charbonneau. Als doodsoorzaak werd een hartaanval opgegeven. Wie opzoek gaat naar goede zorg voor zijn geliefde en ouder wordende ouders of grootouders moet weten dat dit tragische verhaal geen uitzondering is in de huidige ouderenzorg.

De realiteit van het hedendaagse leven in een verzorgingstehuis of een bejaardentehuis staat vaak ver af van het gestileerde beeld van met elkaar pratende en geïnteresseerde ouderen die in een idyllische omgeving wonen. Integendeel, meestal zijn de in een instelling wonende ouderen stil, timide, enigszins afwezig, omgeven door een soort lusteloosheid, ze kunnen uitdrukking-

loos voor zich uit staren of sterk in zichzelf gekeerden teruggetrokken zijn.Als het niet door de psychiatrische drugs komt, kan het ook veroorzaakt worden door het gebruik van elektroshock behandeling (ECT) ofeenvoudigwegde dreigingmet pijnlijke en vernederende dwangmaatregelen. Dit is niet het gevolg van het tekortschieten van de staf van het bejaardenhuis of van de professionele ouderenzorg, maar van de grootschalige introductie van *psychiatrische* behandelingen bij de verzorging van ouderen in de afgelopen decennia.

Overweegt u de volgende feiten aangaande de "behandelingen" die ze krijgen:

Kalmerende middelen (benzodiazepinen) kunnen al verslavend zijn na twee weken gebruik.[1] In feite is het zo dat de medische litteratuur duidelijk waarschuwt tegen het voorschrijven van kalmeringsmiddelen aan ouderen vanwege de talloze gevaarlijke bijwerkingen.

Gegevens uit rapporten van lijkschouwers, rapporten die zijn samengesteld door de Britain's Home Office, toonden aan dat benzodiazepinen vaker in verband konden worden gebracht met onnatuurlijke doodsoorzaken dan cocaïne, heroïne, ecstasy en alle andere *illegale* drugs.[2]

In de Verenigde Staten ontvangen 65-jarigen 360% meer elektroshocks dan 64-jarigen.Op65-jarige leeftijd gaat namelijk de dekking van ECT in bij de staatsverzekering voor ziektekosten.

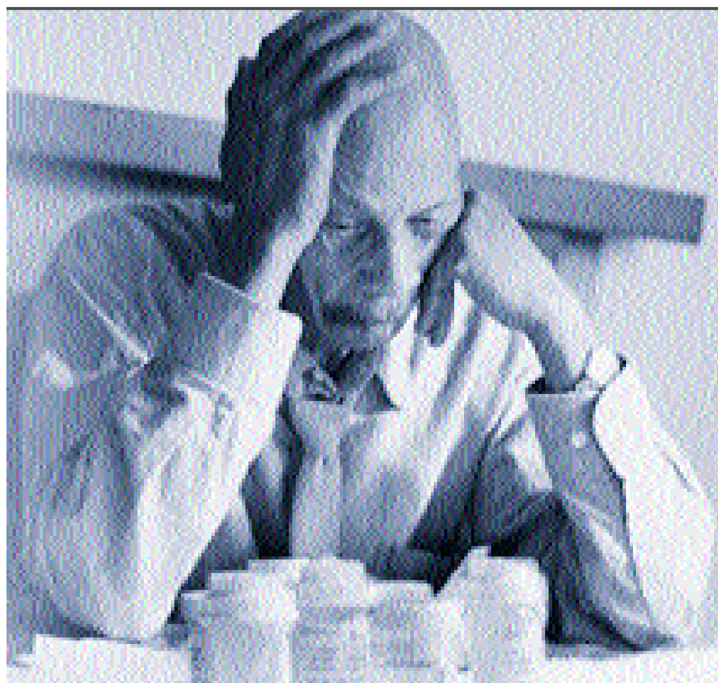
Onderzoeken tonen aan dat ECT het leven van ouderen aanzienlijk verkort. Specifieke cijfers hierover worden niet bijgehouden (als doodsoorzaak wordt meestal een hartaanval of een andere aandoening vermeld).

Het misbruik is het gevolg van de machtspositie die de psychiatrie zich verworven heeft binnen de ouderenzorg. Vanuit deze positie verspreidt de psychiatrie haar tragische en lucratieve standpunt dat ouder worden een geestelijke stoornis is die *uitgebreide* en *kostbare* psychiatrische behandelingen vergt.

Het eindresultaat is dat, in plaats van verzorgd en gerespecteerd te worden, ouderen maar al te vaak lijden onder de extreme vernedering dat hun wilskracht door de psychiatrische behandelingen rücksichtslos tot nihil wordt teruggebracht, of dat hun leven simpelweg tot een tragisch en vroegtijdig einde wordt gebracht. Dit soort verraad van ouderen en hun geliefden mag in een beschaafde samenleving niet getolereerd worden.

Jan Eastgate,
Woordvoerder Citizens Commission
on Human Rights International

HOOFDSTUK EEN
VERRAAD AAN ONZE OUDEREN



Waarom zou een oudere een kalmerend middel voorgeschreven moeten krijgen dat dodelijker is dan heroïne en moeilijker is om van af te kicken, een middel dat het risico op een auto ongeluk met 45% verhoogt binnen zeven dagen na inname?[3] Waarom zou men hun een antidepressivum geven, dat het risico om te vallen met 80% kan verhogen, of ertoe kan leiden dan men opgewonden of agressief wordt, of zelfs zelfmoordneigingen krijgt?[4]

Gezond verstand en fatsoen schrijven voor dat het laatste wat een fragiele, bange of kwetsbare oudere nodig heeft, de bijkomende lichamelijke en geestelijke stress is die samengaat met zware, verslavende psychiatrische medicinale drugs.

Dr. Richard Lefroy, vroeger verbonden aan het Sir Charles Gardiner Ziekenhuis in West-Australië, waarschuwde zijn collega's: "Psychiatrische drugs kunnen de mogelijkheid van ouderen om zich te oriënteren veranderen en hun denkvermogen aantasten. Het resultaat is dat men

hen in inrichtingen wil stoppen". Lefroy gaf verder aan dat sommige *psychiatrische* drugs de hersenen aantasten en de patiënt van streek maken, waarop men hem kalmerende middelen voorschrijft. Irrationaliteit, agressiviteit of een "suf" voorkomen zijn vaak het resultaat.

Dr. Jerome Avorn, professor in de sociale geneeskunde aan de Harvard Universiteit, verklaarde bot: "Medicinale drugs maken ze..... rustig. Dat doet een klap met een loden pijp op het hoofd ook." [5]

Bij de negenenzeventig jaar oude Mary Whelan, voorheen gelukkig in haar verzorgingstehuis, werd de diagnose "dement" gesteld en zij werd opgesloten in een psychiatrisch ziekenhuis in Florida, ondanks de bezwaren van haar dochter. "Ze was zo gedrogeerd dat ze haar hoofd niet omhoog kon houden om haar maaltijd op te eten. Ze wilde alleen maar slapen. Het brak mijn hart," vertelde de dochter aan een lokale krant.

Het laatste wat een fragiele, bange of kwetsbare oudere nodig heeft, is de bijkomende lichamelijke en geestelijke stress die samengaat met zware, verslavende psychiatrische medicinale drugs.

In 2002 waarschuwde dr. Eleonore Prochazka, een Duitse apotheker en toxicoloog, tegen de gevaren van "het gebruik van psychiatrische drugs en andere methoden, welke kunnen leiden tot een vernietiging van de persoonlijkheid – en zelfs de dood kunnen veroorzaken".

Thomas J. Moore, een gerespecteerd deskundige in gezondheidsbeleid aan het George Washington Universitair Medisch Centrum rapporteert dat in de Verenigde Staten jaarlijks meer dan 100.000 mensen sterven aan de nadelige effecten van voorgeschreven psychiatrische drugs. Moore waarschuwt: "Bij een zo gebrekkig geleid, gevaarlijk systeem, moeten gebruikers veel meer aandacht besteden aan de voor en nadelen van de middelen die zij gebruiken. Kunnen zij de nadelige effecten herkennen van de medicijnen die zij slikken, speciaal de nauwelijks merkbare effecten als vermoeidheid of een lichte depressie? Is dit één van de medicijnen waarbij een kleine overdosis gevaarlijk is?

Deze vragen en verantwoordelijkheden zouden echter niet op de schouders van ouderen moeten worden gelegd. Bescherming tegen dit soort risico's zou een essentieel onderdeel van de bejaardenzorg behoren te zijn.



PSYCHIATRISCHE DRUGS HET VERNIETIGEN VAN LEVENS

Iedereen die zich een weg heeft gebaand door het gedeelte over "klinische farmacologie" van bijsluiters om tenslotte bij de lijst van nadelige reacties te komen, weet dat "informatierecht" een verkeerde benaming is. Bij ouderen is het een wrede schertsvertoning. Voor het gemak volgt hier een onvolledige lijst van de bijwerkingen van psychiatrische drugs die routinematige worden voorgeschreven aan ouderen:

LICHTE KALMERENDE MIDDELEN

Lichte kalmerende middelen en benzodiazepinen kunnen leiden tot lusteloosheid, duizeligheid, verwarring, nervositeit, seksuele problemen, hallucinaties, nachtmerries, zware depressies en extreme rusteloosheid, slapeloosheid, misselijkheid en spiersamentrekkingen. Epileptische aanvallen en overlijden kunnen het gevolg zijn van het plotseling stoppen met het gebruik van lichte kalmerende middelen. Het is dus belangrijk om te stoppen met het innemen van deze drugs onder goede medische begeleiding, zelfs al zijn de drugs slechts een paar weken ingenomen.

ZWARE KALMERENDE MIDDELEN

Zware kalmerende middelen ook wel antipsychotica of "neuroleptica" (zenuw aantastende middelen) genoemd, veroorzaken regelmatig moeilijkheden met denken, slechte concentratie, nachtmerries, emotionele afstomping, wanhoop en seksuele disfunctie. Lichamelijk kunnen zij *Tardive Dyskinesia veroorzaken* veroorzaken – plotselinge, oncontroleerbare, pijnlijke spierkrampen en spasmen, trekkende, kronkelende, draaiende bewegingen, speciaal van de benen, het gezicht, de mond en de tong, waarbij het gezicht in een afschuwelijke grijns wordt vertrokken. Ze brengen ook *akathisia teweeg* , een zware rusteloosheid die, zoals onderzoek uitwijst, agitatie en psychoses kan veroorzaken.

Een mogelijk dodelijke bijwerking is het “Neuroleptic Malignant Syndrome”, dit betreft spierstijfheid, veranderde gemoedstoestand, onregelmatige pols of bloeddruk en hartproblemen. Bovendien kan [...] overlijden door een hartaanval één van de ernstigste bedreigingen zijn bij voortdurend drugsgebruik”, volgens William H. Philpott, arts, en Dwight K. Kalita, psychiater, in *Brain Allergies*..

SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) antidepressiva kunnen hoofdpijn, misselijkheid, rusteloosheid, agitatie, slapeloosheid en bizarre dromen, verlies aan eetlust, impotentie en verwardheid veroorzaken. Het is een schatting dat tussen 10% en 25% van de SSRI gebruikers last hebben van akhatisia, vaak in combinatie met zelfmoordgedachten en agressief en gewelddadig gedrag. Naar schatting heeft ongeveer 50% van de patiënten last van afkickverschijnselen, afhankelijk van het soort SSRI dat ze slikken. In 1998 rapporteerden Japanse onderzoekers in *‘The Lancet’*, het tijdschrift van de British Medical Association, dat aanzienlijke hoeveelheden van deze antidepressiva zich kunnen ophopen in de longen en kunnen worden afgescheiden in *giftige* hoeveelheden wanneer een tweede antidepressivum wordt voorgeschreven.

NIEUWE ANTIPSYCHOTICA

Eén van elke 145 patiënten die meededen aan een medisch onderzoek naar vier atypische (nieuwe) antipsychotische drugs, overleed, maar deze sterfgevallen werden nooit genoemd in de wetenschappelijke literatuur. Zesendertig patiënten die betrokken waren bij de medische onderzoeken pleegden zelfmoord.10 Achtenveertig patiënten ondervonden een “zeer nadelige situatie” hetgeen door de Food and Drug Administration (FDA) werd gedefinieerd als een levensbedreigende situatie, of één die opname in het ziekenhuis vereiste. Negen procent van de patiënten stopte met deelname aan de medische onderzoeken tengevolge van een nadelige situatie, hetgeen eenzelfde percentage was als bij de patiënten die behandeld werden met één van de oudere antipsychotica daarom is er geen grotere verbetering ten opzichte van de oude behandelingen, zoals oorspronkelijk wel werd beweerd.

HOOFDSTUK TWEE
WREDE BEHANDELINGEN



Jennifer Martin’s 70 jaar oude moeder begon hoofdpijnen te krijgen en leed aan misselijkheid. Ze stopte met eten en kon niet praten. Een psychiater beweerde dat de oude dame in shock verkeerde door recente sterfgevallen in haar familie en dat ze Elektro convulsie therapie (ECT) nodig had om hieruit te komen. In minder dan 24 uur na de behandeling was Jennifer’s moeder dood. Uit de autopsie kwam naar voren dat ze niet aan een depressie had geleden maar een probleem had met de hersenstam. “De schokbehandeling doodde haar”, zei Jennifer in 1997.

Hoewel hieraan nooit door psychiaters wordt gerefereerd bij elektroshocks, wordt bij ECT zo’n 460 volt elektriciteit door de hersenen gejaagd, waardoor er een zware epileptische aanval en onherstelbare hersenbeschadigingen worden veroorzaakt.

Terwijl psychiaters openlijk erkennen dat zij geen idee hebben hoe ECT werkt, aarzelen zij niet om mensen, waaronder ouderen, elektroshocks te geven.

Dr. Nathaniel Lehrman, gepensioneerd medisch directeur van het Kingsboro State Mental Hospital, New York, waarschuwde dat oudere mensen het minst bestand zijn tegen de gevaren van ECT. “Dit is grove mishandeling op nationale schaal”, stelde hij.[6] Toch maken mensen van 65 jaar of ouder bijna 50% uit van degenen die tegenwoor-

dig elektroshocks krijgen.

In 1991 getuigde psycholoog Robert F. Morgan tijdens een hoorzitting over ECT dat een "depressie" bij een oudere vaak wordt teweeggebracht of verergerd door hun angst hun geheugen en gezondheid te verliezen, deze beide zaken worden nadelig beïnvloed door elektroshocks.[7]

In 2004 stelde psychiater Harold A. Sackheim, een groot voorstander van ECT, toen hem gevraagd werd naar de frequentie waarin patiënten klaagden over geheugenverlies: "Als beroepsgroep erkennen we eerder de mogelijkheid van overlijden als gevolg van ECT dan de mogelijkheid van ernstig geheugenverlies, dit ondanks het feit dat bijwerkingen met betrekking tot het bewustzijn het meest voorkomen bij ECT".

"Dit is grove mishandeling op nationale schaal"

– Dr. Nathaniel Lehrman, gepensioneerd medisch directeur van het Kingsboro State Mental Hospital, New York.

Dr. Colin Ross, een psychiater uit Texas, zegt dat uit bestaande ECT literatuur blijkt dat "er veel hersenbeschadiging ontstaat, er is geheu genverlies, het aantal doden gaat omhoog, het aantal zelfmoorden gaat niet omlaag".[8]

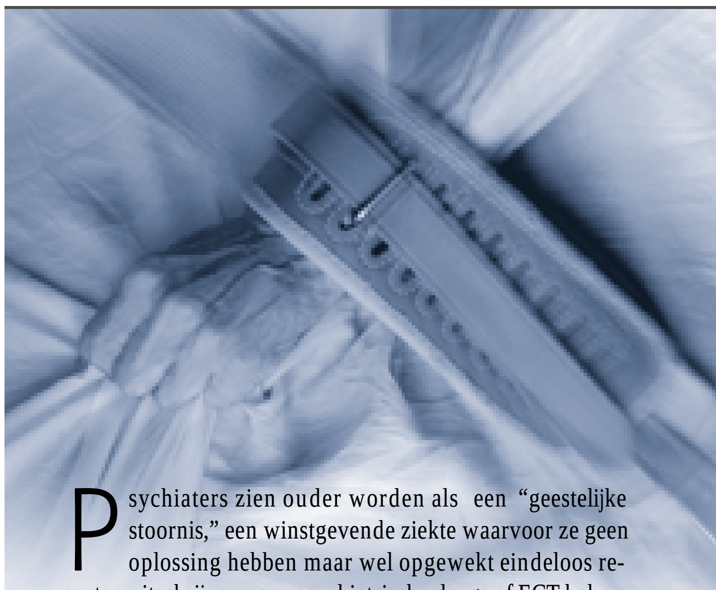
Een onderzoek uit 1993 onthulde dat ECT het leven van ouderen verkort dat "patiënten die ouder zijn dan 80 jaar die elektroshocks krijgen bij ernstige depressies een verhoogd risico lopen om binnen twee jaar na de behandeling te overlijden."[9]

Een Canadees onderzoek uit 1997 rapporteerde dat van de patiënten van 80 jaar of ouder die ECT ontvingen, 27% binnen *één* jaar na de "behandeling" overleed.[10]

De psychiatrische industie in de VS oogst alleen al van het toedienen van electroshocks zo ongeveen $5 miljard per jaar. Bovendien heeft de psychiatrie hier een werkveld zonder risico's op klachten wegens verkeerde behandelingen omdat klachten van ouderen gemakkelijk toegeschreven kunnen worden aan hun seniliteit.

Van de geschatte 300 mensen die elk jaar in Amerika overlijden als gevolg van ECT zijn ongeveer 250 ouderen. USAToday *rapporteerde echter* dat dokters zelden elektroshocks als oorzaak op de overlijdensakte vermelden, zelfs wanneer er een duidelijk verband is en de instructies op de overlijdensakte dit vereisen.

HOOFDSTUK DRIE
VERKEERDE DIAGNOSES UIT WINSTBEJAG



Psychiaters zien ouder worden als een "geestelijke stoornis," een winstgevende ziekte waarvoor ze geen oplossing hebben maar wel opgewekt eindeloos recepten uitschrijven voor psychiatrische drugs of ECT behandelingen. In 1999 werd in Amerika $194 miljoen uitgegeven aan psychiatrische diensten in verpleegtehuizen. Bovendien werd er nog eens 1 miljard uitgegeven voor het behandelen van ouderen in psychiatrische ziekenhuizen.

In de Verenigde Staten zet de wet de deur open voor de psychiatrie: elke bewoner van een verpleegtehuis moet een "evaluatie van zijn geestelijke gezondheid" krijgen. Automatisch worden hierdoor lichamelijk onderzoek, het vaststellen van voedingstekorten en uitsluiten van andere oorzaken van ongemakken en kwalen buiten beschouwing gelaten. Op 28 juni 2001 trof een verpleegster van het Rock Creek Center Psychiatric Hospital in Illinois een 53-jarige patiënt aan die niet meer reageerde nadat hij 12 uur daarvoor was gedrogeerd. De man overleed enkele uren later. Een verplichte autopsie onthulde dat de man overleden was aan multiple sclerosis. Op zijn opnameformulier stond "MS" ingevuld, maar de leidinggevende van de instelling vertelde de onderzoekers dat ze dachten dat "MS", "mentale status" betekende.[11]

Dr. James Balch, een columnist en programmamaker op

het gebied van gezondheid, zegt in zijn boek: *Prescription for Nutritional Healing* : "Seniliteit komt voor op oudere leeftijd maar het komt niet zo veel voor als wordt aangenomen. Vele ouderen die gediagnosticeerd worden als seniel lijden in werkelijkheid aan de gevolgen van medicatie, depressie, doofheid, hersentumoren, schildklieraandoeningen, of problemen met de lever of de nieren. Aanvallen van nervositeit, beroerten en functiestoornissen in de hersenen worden beschouwd als de symptomen van seniliteit. Vaak is een voedingstekort echter de oorzaak".

In de meeste gevallen lijden de ouderen alleen maar aan lichamelijke problemen die met hun leeftijd te maken hebben. Dr. Roberto Cestari, een arts uit Italië, verklaarde daarentegen: "Het antwoord van de psychiatrie op de problemen die gepaard gaan met het ouder worden, is bejaarden het etiket 'depressief' opplakken vanwege het verlies van hun geestelijke vermogens of zelfs bij lichamelijke ziekte. Protesteert of klaagt de bejaarde tegen deze vernedering, dan krijgt zijn protest vervolgens ook een psychiatrisch etiket, meestal 'dementie'."

"Het antwoord van de psychiatrie op de problemen die gepaard gaan met het ouder worden, is bejaarden het etiket 'depressief' opplakken ...en protesteert of klaagt de bejaarde tegen deze vernedering, dan krijgt zijn protest vervolgens ook een psychiatrisch etiket, meestal 'dementie'."

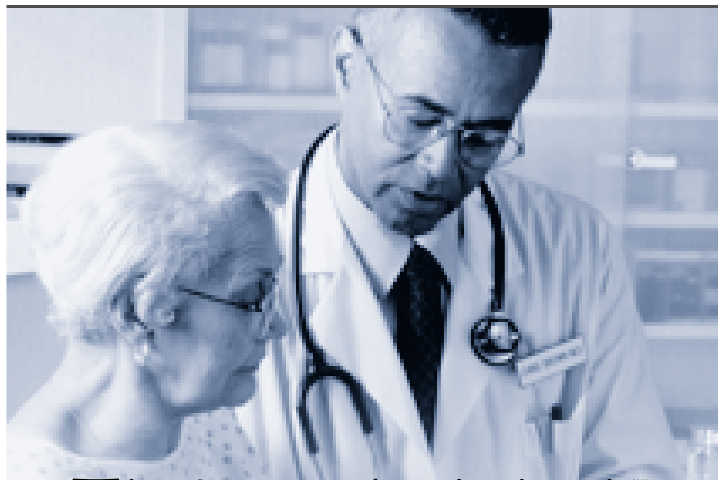
- Dr. Roberto Cestari, Italië 2004

Hieraan ten grondslag liggen frauduleuze "diagnostische" criteria, gebaseerd op het *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* van de American Psychiatric Association. In deze werken met gefingeerde inhoud heeft de psychiatrie elke geestelijke variatie bij ouderen gerubriceerd onder de noemer "geestelijke stoornis". De diagnoses worden vervolgens gebruikt om de ouderen gedwongen op te nemen in psychiatrische inrichtingen, de macht over hun financiën te verkrijgen, voorbij te gaan aan hun wensen aangaande hun zaken en eigendommen, aan hun behoefte aan goede medische verzorging en om hun verzekeringen op te lichten.

Dementie en Alzheimer zijn ziekten die winstgevend zijn voor de psychiatrie, ook al zijn dit zuiver lichamelijke ziekten die op het terrein van de neurologie thuishoren. Medische deskundigen op het gebied van Alzheimer zeggen dat 99% van deze gevallen niet in psychiatrische ziekenhuizen thuishoort. [12]

Net zoals psychiaters niet thuishoren in de ouderenzorg.

HOOFDSTUK VIER
OUDEREN VERDIENEN BETER



Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie stelt: "De meeste oudere mensen kunnen voor zichzelf zorgen, zowel economisch als lichamelijk, zeker gedurende een bepaalde periode. ... Echter met het toenemen der jaren worden deze vaardigheden geleidelijk minder. Wanneer de bejaarde niet voortdurend wordt gesteund en gestimuleerd door menselijk contact op het werk of in de familie, zal hij inactief en eenzaam worden. Vaak belandt hij dan in een verzorgingstehuis, waar hij psychiatrische middelen toegediend krijgt die hem willoos en passief maken. Hij kan depressief worden en denken: Niemand heeft mij meer nodig, ik ben nutteloos voor anderen, ik kan niet eens voor mijzelf zorgen, ik ben waardeloos en ik kan net zo goed dood zijn."

Dr. Stanley Jacobson stelt dat "depressies" bij ouderen een "hot item" zijn in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg. "Als ouderen niet verdrietig zijn maar teveel aandacht vragen voor kleine lichamelijke ongemakken of als ze klagen over ziekten die niet gemakkelijk gevonden kunnen worden, dan zeggen de deskundigen dat ze depressief zijn en professionele hulp nodig hebben. Als bejaarden niet verdrietig zijn en niet klagen over lichamelijke kwalen, maar wel problemen hebben met eetlust, slaap of moeheid, dan zeggen de deskundigen dat ze klinisch depressief zijn en professionele hulp nodig hebben."[13]

Jacobson zegt dat de "deskundigen" het bij het verkeerde eind hebben. "Als je er goed over nadenkt is ouderdom een reden om be-

droefd te zijn, het is in ieder geval een zaak van leven en dood waar je mee worstelt."

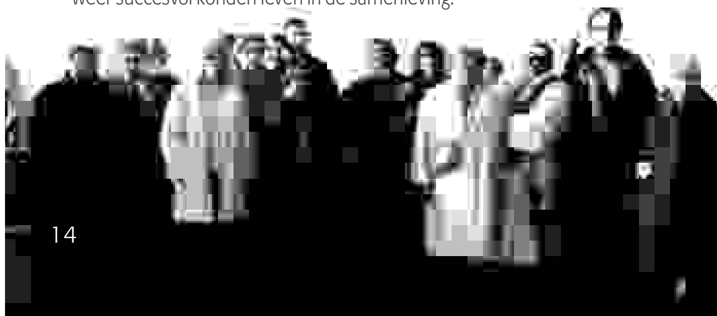
"Als artsen zich bewust zouden zijn van de reacties van ouderen op medicinale drugs, zouden de specialisten zonder werk komen te zitten," stelt de Australische Dr. Lefroy; hij voegt hier aan toe dat niet verzorgingshuizen maar reguliere ziekenhuizen zich in eerste instantie bezig zouden moeten houden met de zorg voor ouderen, net zoals ze dat voor iedereen doen, niet de verzorgingshuizen die vaak een winstoogmerk hebben en geen acceptabele standaards, vooral niet als ze gebaseerd zijn op het psychiatrisch model.

Medische onderzoeken hebben keer op keer aangetoond dat schijnbare geestelijke problemen bij veel patiënten in werkelijkheid veroorzaakt worden door niet ontdekte lichamelijke ziekten en kwalen. Daarmee wordt niet bedoeld een "chemische onevenwichtigheid" of een "ziekte van de hersenen". Het betekent niet dat een geestelijke ziekte iets lichamelijks is. Het betekent dat gewone medische problemen van invloed zijn op gedrag en levensopvatting.

Gary Oberg, arts en voormalig voorzitter van de American Academy of Environmental Medicine, stelt: "Gifstoffen zoals chemicaliën in voeding en leidingwater, koolmonoxide, dieseluitlaatgassen, oplosmiddelen, spuitbussen en industriële chemicaliën kunnen symptomen van functiestoornissen in de hersenen veroorzaken, hetgeen kan leiden tot een verkeerde diagnose voor de ziekte van Alzheimer of dementie"[14]

Het minste dat onze ouderen verdienen is om in staat te zijn om van hun oude dag te genieten in veiligheid, met de zekerheid dat ze niet uit hun huizen gehaald zullen worden en opgesloten in gevangenisachtige omstandigheden, wezenloos gedrogeerd en met elektroden aan hun hoofd vastgebonden. Ouderen inactief maken en ze van hun verstand beroven door middel van bewustzijnsveranderende drugs met afschuwelijke levensbedreigende bijwerkingen is een onvergeeflijke mishandeling.

Zonder het gebruik vanenige drugs of dwang, redde de Italiaanse arts Giorgio Antonucci het leven van honderden patienten waarvan gezegd werd dat zij ongeneeslijk ziek waren en hun leven moesten slijten in inrichtingen. Hij onderweeszijn patienten in allerlei vaardigheden en organiseerde concerten en uitjes als deel van hun therapie. Het resultaat hiervan was dat velen daarvan weer succesvol konden leven in de samenleving.





AANBEVELINGEN

1. Sta er op dat elk verzorgingstehuis de wensen van de bewoners respecteert indien deze geen psychiatrische behandeling willen ondergaan. Hieronder valt ook het voorgeschreven krijgen van bewustzijnsveranderende middelen. Ouderen kunnen een "Wilsbeschikking tegen psychiatrische behandeling" (verkrijgbaar op de website van CCHR) ondertekenen en een exemplaar afgeven aan de directie van het verzorgingstehuis.

2. Geef elke psychiater van wie ontdekt wordt dat hij dwang, bedreigingen of fraude gebruikt om mensen een psychiatrische behandeling te laten "accepteren", of die een bejaarde tegen zijn wil in een psychiatrisch instituut laat opnemen, aan bij de politie. Stuur een kopie van de aangifte naar de CCHR.

3. Als u een familielid of vriend hebt die op valse gronden wordt vastgehouden in een psychiatrisch instituut of als u iemand kent die door personeel in de geestelijke gezondheidszorg mishandeld of misbruikt is, zoek dan juridisch advies om een rechtszaak te beginnen tegen de wetsovertreder of tegen het instituut dat de wetsovertreder heeft opgeleid.

Waarschuwing: *Stop nooit met het gebruik van psychiatrische drugs zonder het advies en de begeleiding van een goede, niet-psychiatrische arts.*



Deze publikatie is mogelijk gemaakt door een donatie van de International Association of Scientologists Members' Trust uit de V.S.

1 Tracey McVeigh, "Tranquilizers 'More Lethal Than Heroin,'" *The Observer*, 5 Nov. 2000.
2 Beverly K. Eakman, "Anything That Ails You, Women onTranqs in a Self-Serve Society," *Chronicles*, Aug. 2004.
3 *Op. cit.*,Tracey McVeigh; Matt Clark, Mary Hager, "Valium Abuse: The Yellow Peril," *Newsweek*,24 Sep., 1979.
4 "Some Psychotropics May Be Inappropriate for the Elderly," *Geriatric Times*, Vol. II, Issue 2, Mar. / Apr. 2001; Mort JR, Aparasu RR, "Antianxiety Drugs and the Elderly; For Many, Psychiatric Medications are Inappropriately Prescribed," *Archives of Internal Medicine*, Vol. 106, 2000, pp. 2825 – 2831.
5 Mike Masterson and Chuck Cook, "Mentally Sound Given Psychoactive Drugs," series on "Drugging Our Elderly," *The Arizona Republic*, 26 June 1988.
6 Dennis Cauchon, "Patients Often Aren't Informed of Full Danger," *USA Today*, 6 Dec. 1995.
7 Leonard Roy Frank, "San Francisco Puts Electroshock on Public Trial," *The Rights Tenet*, Winter 1991, p. 5.
8 Testimony of Dr. Colin Ross, M. D. May 10, 2004 .
9 David Kroesser, M.D., Barry S. Fogel, M.D., "Electroconvulsive Therapy for Major Depression in the Oldest Old," *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, No. 1, Winter 1993, p. 34.
10 Don Weitz, "Electroshocking Elderly People:Another Psychiatric Abuse" *Changes: An International Journal of Psychology and Psychotherapy*, Vol. 15 No. 2 May 1997.
11 H. Gregory Meyer, "Patient Deaths Led to U.S. Probe," *Chicago Tribune*, 4 Oct. 2002; H. Gregory Meyer, "Closed Hospital Probed on Medicare," *Chicago Tribune*, 2 Oct., 2002.
12 Hanna Albert, et al. "Against Their Will - Involuntary Commitment of Seniors," 20 / 20, ABC, 26 Jan. 1996.
13 Stanley Jacobson, "Overselling Depression to the Old Folks," *The Atlantic Monthly*, Apr. 1995, p. 46.
14 "Alzheimer's Disease and Senile Dementia," *Dementia," Health Conditions, Alternative Medicine: The Definitive Guide* (Future Medicine Publishing, Inc. Washington, 1993), p. 552.

FOTO'S DOOR: 13: Jose Luis Pelaez, Inc / Corbis.